



# SHOTOKAN KARATE CLUB DE VOREPPE



FICHE D'INSCRIPTION

LICENCE FFKARATE

SAISON 2018/2019

## PARTIE RESERVEE CLUB SKC

NOM : Prénom : Année de naissance :  
 Certificat médical Catégorie :  
 Demande de licence complétée et signée Tarif unitaire saison :  
 Tarif Famille :

Nouveau licencié dans le club (ou modifications pour les renouvellements) indiquez vos coordonnées :

NOM ..... Prénom.....  
 Date de naissance ..... Sexe .....  
 Adresse.....  
 Code postal..... Ville.....  
 N° Tel 1 ..... N° Tel 2.....  
 Adresse mail : .....@.....

**Le soussigné**.....Père, Mère, Tuteur (rayer les mentions inutiles)**déclare :**

- Avoir pris connaissance du fait que le **tarif saison** à payer au Club SKC VOREPPE **inclut le prix de la licence annuelle et de l'assurance** « garanties de base accidents corporels » proposée par la FFKARATE (licence : 36,25 € TTC et assurance : 0,75 € TTC) et de la nécessité de compléter/signer le formulaire de **Demande de Licence 2018/2019**
- Avoir pris connaissance de la nécessité de **fournir un certificat médical** pour la pratique sportive du karaté en entrainement et compétition valable pour la saison 2018-2019. Dans l'attente de la fourniture du certificat médical, la décharge du club SKC VOREPPE (document au verso à compléter et signer) est applicable.
- Avoir lu et accepté le **règlement intérieur du club** disponible sur le site du SKC VOREPPE

**Autorisation parentale (pour les mineurs) :**

J'autorise mon enfant .....à pratiquer le karaté au sein du karaté club de Voreppe. Je donne mon accord aux responsables du club pour faire pratiquer tout acte médical ou chirurgical prescrit en urgence.

**Date :** ..... **Signature** (Faire précéder la signature par « lu et approuvé »)

NOM : PRENOM : TARIF :

	Nom de l'émetteur	Montant	Mois d'encaissement
Chèque N° 1			Septembre
Chèque N° 2			Octobre
Chèque N° 3			Novembre

**Pour un paiement carte PassRegion écrire le N° ici : .....**



# SHOTOKAN KARATE CLUB VOREPPE

Président : Guillaume BUGNON

Adresse : 326 Rue Igor Stravinski 38340 VOREPPE

Tél : 06 27 18 50 45

mail : contact@skcvoreppe.fr

site internet : www.skcvoreppe.fr

## DECHARGE EN CAS D'ABSENCE DE CERTIFICAT MEDICAL

Suite à mon inscription à l'activité de karaté du SKC VOREPPE pour la **saison 2018-2019**, et en raison de l'absence de certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive, je décharge l'association Shotokan Karaté Club de Voreppe, ses responsables, les animateurs et ses membres de toutes réclamations, actions juridiques, frais, dépenses et requêtes dus à des blessures ou dommages occasionnés à ma personne et causés de quelque manière que ce soit, découlant ou en raison du fait que je pratique cette activité, et ce nonobstant le fait que cela ait pu être causé ou occasionné par négligence ou être lié à un manquement à mes responsabilités à titre d'occupation des lieux.

Je consens à assumer tous les risques connus et inconnus et toutes les conséquences afférentes ou liées au fait que je participe aux activités de l'association Shotokan Karaté Club de Voreppe.

Je consens à respecter tous les règlements, toutes les règles et conditions de sécurité de cette activité.

Je certifie que:

- 1- Je suis en bonne condition physique et que je ne souffre d'aucune blessure, maladie ou handicap, que je n'ai jamais eu de problème cardiaque ou respiratoire décelé à ce jour
- 2- Aucun médecin, infirmier ou entraîneur ne m'a déconseillé la pratique de cette activité
- 3- Je reconnais la nature des activités auxquelles je m'inscris et suis conscient des risques que j'encoure.
- 4- Je m'engage à prendre une assurance responsabilité civile, si ce n'est pas déjà le cas. Je déclare dégager de toutes responsabilités en cas d'accident de quelque nature que ce soit ou de dommages sans aucune exception ni réserve l'association « SHOTOKAN KARATE CLUB VOREPPE » ainsi que toutes les personnes œuvrant pour l'organisation.
- 5- En outre, le(s) parent(s) ou les tuteur(s) légal (aux) des participants mineurs accepte(nt) de communiquer aux dits participants les avertissements et les conditions mentionnées ci-dessus, ainsi que leurs conséquences, et consent(ent) à la participation des dits mineurs.

J'ai lu le présent document et je comprends qu'en y apposant ma signature, je renonce à des droits importants. C'est donc en toute connaissance de cause que je signe le présent document volontairement et sans contrainte.

NB: Le club ne tiendra plus compte de ce document dès lors que l'adhérent aura donné un certificat médical valide précité de non contre-indication à la pratique sportive.

Nom, prénom, adresse:

.....  
.....

Date: ..... **Signature de l'adhérent**

Nom, prénom de l'adhérent mineur:

.....

Date: ..... **Signature du représentant légal**

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous nous contacter à l'adresse mail suivante : contact@skcvoreppe.fr